## **ANAMNESEBOGEN**



## Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit für Sie reserviert. Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie daher, diesen schnellstmöglich telefonisch oder per Mail abzusagen. Um Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten, bitten wir Sie auch in akuten Fällen um vorherige Terminabsprache.

	Ihr Praxisteam Dr. Fligge Dr. Jung & Partner			
Persönliches				
Name, Vorname	Geburtsdatum			
Straße	PLZ, Ort			
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit			Telefon Mobil
E-Mail	Beruf			Arbeitgeber
Krankenkasse				
<ul><li>☐ Gesetzlich versichert</li><li>☐ Zusatzversicherung</li></ul>	<ul><li>□ Privat versichert</li><li>□ Basistarif</li></ul>	☐ Beihilfe	eberechtigt	
Sind Patient und Versicherungsn des Versicherungsnehmers (bzw.	ehmer nicht identisch, ergänzen S Rechnungsempfängers)	ie bitte die I	Daten	
Name, Vorname	Geburtsdatum			
Straße	PLZ, O	rt		
Wie wurden Sie auf unsere Praxis □ Empfehlung □	s aufmerksam?  Unsere Homepage www.zahnaerzte-benrath.de	□ jame (Arzt	eda.de tbewertung)	□ google.de
Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, Sie an Ihre Vorsorge zu erinnern?  Wenn ja, jährlich/halbjährlich □ □  Wenn ja, per SMS oder Mail □ □				
Ich wünsche eine Erinnerung durch Ihre Praxis. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.				
Datum Unterso	hrift			

## Allgemeine Gesundheitssituation ja nein ja nein Hepatitis, HIV **Epilepsie** Tumorerkrankung Nierenerkrankungen Osteoporose Chron. Magen-Darmerkrankungen Rheuma Diabetes Blutgerinnungsstörungen Asthma, Lungenerkrankungen Nasennebenhöhlenerkrankungen Herzerkrankungen z.B: Endocarditis, Herzschrittmacher Ohnmachtsneigung Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Wenn ja, welche? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Wird, bzw. wurde bei Ihnen eine Therapie mit Bisphosphonaten ja nein z.B. bei Tumorerkrankungen oder Osteoporose durchgeführt? z.B. Denosumab, Fosamax Reagieren Sie auf bestimmte Medikamte empfindlich? (wie z.B. auf Penicillin) Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift. Datum Unterschrift Bitte aufmerksam lesen Während der Behandlung werden meine medizinischen Daten und Daten über meine Person erhoben, verarbeitet und genutzt und können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkassen, mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens, medizinische Dienstleister) übermittelt werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Fligge Dr. Jung & Partner die bei meinem Hauszahnarzt / Hausarzt / Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und -befunde, sowie Röntgenbilder, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordert und ggf. an einen Gutachter weiterleitet, falls dieses von der Krankenkasse gefordert wird. Dieses Einverständnis ist jederzeit widerruflich.

Datum

Unterschrift